Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 21 grudnia 1878. №. 51. Rok XVII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, rozpoczyna w dniu 1 stycznia 1879 osiemnasty rok swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości średniéj 1½ arkusza na tydzień jak najregularniéj.

Przychylność, jakiéj pismo nasze z tylu stron odbiera dowody, skłania nas do pozostawienia i w roku przyszłym obecnego programu, z tą tylko różnicą, iż spełniając życzenie wielu kolegów postaramy się o większe niż dotąd uwzględnienie działu przedstawień obecnego stanowiska ważniejszych kwestyj naukowych, osobliwie mających znaczenie dla lekarza praktycznego.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „

we Francyi i Belgii:

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Carrefour de la Croix rouge 2.

☞ Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Przyczynek do patologii zwężeń tchawicy i oskrzeli na tle kilowém.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50.)

Omawiając ajtyjologiję ścieśnień tchawicy stawia R. na pierwszém miejscu zbliznowacenia z następowém zwężeniem tchawicy i oskrzeli na tle kilowém powstałe (Ziemssen IV. Bd. 2 Haelfte str. 203). Blizny powstałe po owrzodzeniach kilowych mają tę właściwość, że ściągają się ogromnie tworząc nieraz rodzaj powrózków wystających, utkanych z tkanki łącznéj. Częstokroć obok zbliznowaceń napotkać można wrzody zajmujące dość znaczną przestrzeń dróg oddechowych. Owrzodzenia nieżytowe nie sprowadzają zapewne nigdy zbliznowaceń z następowém zwężeniem tchawicy i oskrzeli, za co wyjątkowo tylko następstwa tego rodzaju postrzedz można po wrzodach difterytycznych, gruźliczych i durowych, jak to Demme przykładami stwierdza. Pod względem anatomo-patologicznym zawdzięczają powyżéj wspomniane owrzodzenia i zbliznowacenia powstanie swe kilakom *(gummata)* usadowionym w ścianie tchawicy i rozpadającym się następnie (str. 206). Owrzodzenia te drążąc w głąb sprowadzają zapalenie do około chrząstek tchawicowych, następnie ich obnażenie, zwapnienie i oddzielenie się w części lub w całości, poczém zostają wyrzucone przy napadzie kaszlu na zewnątrz lub téż pogięte zsuwają się jedne na drugie. Po dłuższém trwaniu owrzodzeń może nastąpić ich zabliźnienie a częstokroć wytwarzają się zwężenia tak znaczne, że zaledwie pióro krucze przez bliznę pierścieniowatą przesunąć można. Gerhardt opisuje 22 przypadki owrzodzeń i zbliznowaceń na tle kilowém, z pomiędzy których w 4ch cała powierzchnia tchawicy zajęta była przez owrzodzenia kilowe, w dalszych 6iu wrzody usadowiły się w górnéj części tchawicy najdaléj po 5tą chrząstkę pierścieniową; w pozostałych zaś 12 przypadkach zajętą była dolna połowa tchawicy i to po największéj części okolica rozdzielenia się tchawicy na oskrzela, przyczém w połowie przypadków wrzody przesuwały się i na oskrzela same.

Pod względem symptomatologii zwraca R. uwagę na zmianę w oddychaniu cechującą się dusznością przy wziewaniu powietrza, a nazwaną przez Biermera i Gerhardta: *Dyspnöe inspiratoria*. Ten ostatni autor podobnież jak Trélat zauważył w przypadkach zwężeń tchawicy nieporuszalność krtani, świszczące szmery oddechowe *(cornage)*, słyszalne częstokroć nawet z dala. Przy badaniu słuchawką nie

słyszy się zawsze szmerów świszczących w samém miejscu zwężenia, lecz skutkiem przewodzenia fal głosowych są one najwyraźniejszemi w krtani. Przy auskultacyi płuc są szmery oddechowe zakryte piskami i świstami wyrabiającemi się w miejscu zwężenia.

Co do metody badania nie należy używać sondy, gdyż użycie jéj jest dla chorego przykre i nie bez niebezpieczeństwa (str. 213), lecz przedewszystkiém należy zbadać chorego za pomocą wziernika krtaniowego, który przy sprzyjających okolicznościach nieraz może odkryć siedzibę zmiany chorobowéj w tchawicy. Trudniejsza jednak jest sprawa, jeżeli owrzodzenie lub zbliznowacenie dotyka oskrzeli; wówczas rozpoznanie oprzeć się musi na następujących danych: na zmniejszeniu się ruchów klatki piersiowéj po téj stronie, po któréj oskrzele jest zatkane, osłabieniu lub zniesieniu szmerów oddechowych, podczas gdy odgłos wypukowy jest jawny, pełny, na świstach zdala słyszalnych i drżeniu klatki piersiowéj udzielającym się ręce przyłożonéj na odpowiednią stronę klatki piersiowéj (Friedrich, Weil).

W przebiegu tego pod względem rokowania nader złowrogiego cierpienia rozróżnia Gerhardt trzy okresy; w pierwszym chory nie uskarża się na żadne dolegliwości, chyba tylko przy zmęczeniu doznaje trudności w oddechaniu; okres drugi może się przewlekać bardzo długo i odznacza się już wybitnemi oznakami zwężenia dróg oddechowych, jakoto z dala słyszalnemi szmerami oddechowemi, dusznością przy wdychaniu i względném zwolnieniem ruchów oddechowych; głos chorego jest słaby, bez dźwięku. Okres trzeci wreszcie poczyna się napadem duszenia się, który wprawdzie szybko przemija, ale wkrótce ponawia się znowu i prędzéj lub późniéj choroba kończy się śmiercią.

Co do zabiegów terapeutycznych uwagi Riegla nie różnią się w niczém od wskazań i ich wypełnienia podanych przy streszczeniu monografii Reya. Nierównie więcéj ciekawości pod względem umiejętnym budzą zapiski prof. Schröttera w Wiedniu, który w sprawozdaniu z kliniki dla chorób krtaniowych za r. 1870 (*Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie der Wiener Universität 1870. Wien 1871.* str. 87—91.) opisuje dwa przypadki ścieśnienia tchawicy skutkiem wytworzenia się bliznowatych postronków, wyleczone szczęśliwie za pomocą odpowiednich zabiegów operacyjnych. W pierwszym przypadku obserwowanym jeszcze w r. 1866 chory dotknięty kiłą wrodzoną *(Lues congenita)* okazywał w środku tchawicy wrzód dość rozległy, a powyżéj 3 postronki bliznowate tworzące w świetle tchawicy rodzaj siatki, które można było wybornie postrzedz przy badaniu wziernikowém. Schrötter poprzecinał te postronczki za pomocą małego nożyka półksiężycowato zagiętego z ostrzem na wypukłości, a następnie sprowadził zabliźnienie wrzodu poniżéj położonego za pomocą wdmuchiwań azotanu srebrowego. Przypadek drugi dotyczył mężczyzny 50-letniego, który uskarżał się od 8 miesięcy (przed przyjęciem na klinikę z końcem maja 1870 r.) na duszność bardzo znaczną z napadami duszenia się. W krtani nie było zmian żadnych, za to w tchawicy spostrzedz było można przy badaniu wziernikowém zwężenie jéj przestworu poczynające się w górnéj jéj części, sprowadzone przez błonę biało-żółtawą, bladą, występującą ze ścian tchawicy i tworzącą ku dołowi rodzaj lejka, poniżéj którego ścieśnienie pierścieniowate prawdopodobnie znacznego dosięgało stopnia. Przez miesiąc cały rozszerzano to zwężenie za pomocą katetrów angielskich, a późniéj zgłębników metalowych, a z końcem marca ponacinano tęgą błonę za pomocą nożyka. Krwotok był nieznaczny, ranki przyżegnięto *c. Kali caustico.* W lipcu powtórzono jeszcze 2 razy operacyję tego rodzaju, mimo to jednak chory dusił się czasami tak mocno, że na oddziale Dra Fiebera podczas wakacyj myślano o tracheotomii, któraby wcale chorego nie była uratowała, siedziba bowiem cierpienia znajdowała się w głębi tchawicy. W listopadzie 1870 r. sondowano kilkakrotnie tchawicę za pomocą zgłębnika umyślnie w tym celu sporządzonego, na którego końcu znajdował się pędzel zanurzony w wosku *(Modellir-bougie).* Autor zamierzał tym sposobem otrzymać odbicie zwężenia tchawicy, aby późniéj poinformowawszy się o stanie chorobowym tchawicy przystąpić do przecięcia blizn sznurkowatych. Tymczasem już kilkakrotne wprowadzenie powyższych zgłębników aż do miejsca podziału tchawicy sprowadziły same przez się wyleczenie chorego, prawdopodobnie przez rozerwanie sznurków znajdujących się w miejscu bifurkacyi tchawicy i przy wejściu do oskrzela lewego, tak że chory mógł biegać po pokoju bez przypadków duszności.

Wracając po tych wzmiankach zaczerpniętych z literatury do przypadku naszego, podnosimy w przebiegu jego klinicznym szczegóły następujące:

Maryjanna Kamińska, lat 32, z Kęt pochodząca wyrobnica, przybyła 12 marca r. b. podczas wykładu do kliniki Wgo prof. Dra Rosnera skarżąc się na bardzo znaczną duszność i zatykanie oddechu w tchawicy. Rysy twarzy jéj o cerze żółtawéj, pomarszczonéj, zdradzały znaczny niespokój, a z dala już dolatywały nas świszczące szmery oddechowe wcale podobne do tych, jakie się słyszy u dziecka dławcem *(croup)* dotkniętego. Z krótkich i ciemno opowiedzianych wywiadów dowiadujemy się tylko; iż już przed laty przeszło 10 bawiła w jakimś zakładzie szpitalnym z powodu cierpienia wenerycznego, o którém bliższych szczegółów atoli podać nie umie. Co do cierpienia obecnego, to już od 6 tygodni zauważyła chora trudności w oddychaniu, szczególniéj męczyło ją szybsze chodzenie i wspinanie się po schodach; w ostatnich jednak dwóch tygodniach duszność wzmogła się do tego stopnia, iż udała się do szpitala św. Łazarza z prośbą o pomoc lekarską, skąd ją lekarz dyżurny kol. Dembowski podejrzywając za przyczynę tego cierpienia kiłę, do kliniki naszéj odesłał.

W chwili przyjęcia choréj na klinikę stan jéj był następujący: U kobiety wzrostu średniego dobrze zbudowanéj, lecz źle odżywionéj spostrzedz można na skórze liczne blizny porozrzucane, gwiazdkowato pościągane, z których wnosić należy, że kobieta ta przebyła już owrzodzenia zdarzające się tak często w przebiegu kiły w okresie późnym. Co do cierpienia miejscowego, to badanie połyku nie wykazuje żadnych zmian głębszych prócz tylko powierzchownéj blizny na granicy podniebienia twardego i miękkiego, którą szczególniéj przy oświetleniu za pomocą reflektora bardzo wybitnie dojrzeć można. Wziernik krtaniowy wykazuje struny głosowe białe, dobrze się poruszające, odpowiednio też do tego głos jest wyraźny z odcieniem zachrypnięcia tylko, co również badanie wziernikowe tłumaczy, wykazuje bowiem mocne zaczerwienienie i obrzęknięcie chrząstek nalewkowych a poniżéj nich na tylnéj ścianie krtani widać jakby brzeg wyniosły wrzodu, którego dna atoli żadną miarą widzieć nie można. Górna część tchawicy nie wykazuje zresztą żadnego zboczenia, głębiéj tj. aż do bifurkacyi tchawicy zajrzeć nie można wcale, już to z powodu obrzmienia błony śluzowéj krtani w tylnym odcinku szpary głosowéj, już też dlatego,

się zdarzyły przeważnie w Niemczech. Szkoda, że autor pominął tu prace ogłoszone i przypadki opisane przez niektórych autorów francuskich, jak np. pracę pp. Devergie i Paulina (*Asphyxie par le gaz d'éclairage survenue dans les magasins de nouveautés de la rue de Buci, Annales d'hygiène publ. 1830*, III. 457, tyczy się 5 osób), Tourdesa (*Rélation médico-leg. des asphyxies par le gaz d'éclairage 1841*, tyczy się 5 osób), Tardieua, Chevalliera i Legranda du Saulle (*Double asphyxie attribuée au gaz d'éclairage 1870*), F. Kuhlmanna (*de l'éclairage et de chauffage par le gaz 1876*); pominięcia prac francuskich tém bardziéj żałujemy, o ile Francuzi wcześniéj od Niemców pisali o szkodliwości gazu świetlnego i zmianach, które wywołuje. Daléj następuje obszerne sprawozdanie sądowo-lekarskie o przypadku lwowskim, zwyż wspomnianym (str. 29—70). Przypadek ten ze stanowiska sądowo lek. opisany jest wszechstronnie i wyczerpująco, a dodana rycina, uzmysławiająca ułożenie wszystkich osób w pomieszkaniu, przyczynia się wielce do wyjaśnienia rzeczy; opis obejmuje oprócz zbyt treściwego sprawozdania o stanie tych osób, które zdołano utrzymać przy życiu, 9 protokółów sekcyjnych, z których zwłaszcza jeden (VI) jest bardzo ciekawy, ponieważ w nim autor znalazł rozpad błony śluzowéj dwunastnicy i jelita czczego (w długości 1 metra), połączony z wynaczynieniem w utkaniu bł. śluzowéj i podśluzowéj, a więc zmianę, któréj dotąd nie znaleziono na zwłokach ludzi z tlenku węgla zmarłych. Orzeczenie jest jasne, uwzględnia wszystko, na co tylko lekarz sądowy uwagę swoją mógł zwrócić, tak że z ostatecznym jego wynikiem w zupełności zgodzić się wypada; tylko na zdanie, że „znawcy uznają ze stanowiska czysto lekarskiego „jako bezwzględnie ciężkie uszkodzenie, jakiego do-“znały osoby, które przy życiu utrzymane zostały“ (str. 96) pisać się nie możemy, bo medycyna nie zna uszkodzenia ciężkiego, a tém mniéj „bezwzględnie“ ciężkiego.

Część ostatnia i najważniejsza (str. 70—145) zajmuje się rozpoznaniem otrucia tlenkiem węgla. Tu autor roztrząsa: 1) objawy po otruciu za życia występujące, 2) zmiany pośmiertne i 3) badanie krwi za pomocą odczynników chemicznych i za pomocą przyrządu widmowego.

Objawy chorobowe zestawił autor wcale wyczerpująco na podstawie badań i prac dawniejszych, oraz kilku przypadków własnych. Między chorobami następowemi wspomina i o wystąpieniu chorób mózgowych i umysłowych, jednak pominął rozprawę ciekawą Simona: *Uiber Encephalomalacie nach Kohlengasvergiftung* (*Archiv f. Psych.* I. str. 263—278), jak Simon znów nie wiedział zdaje się, że jednym z pierwszych, którzy zwrócili uwagę na zboczenia umysłowe, zdarzające się w następstwie w mowie będącego otrucia, był Moreau (z Tours), który zboczeniom tym nadał charakterystyczną nazwę: *folie des cuisiniers*.

Najważniejszą jest rzecz o zmianach pośmiertnych. Długi dosyć ustęp (str. 80—89) poświęca autor plamom jasno-czerwonym spostrzeganym na powłokach zewnętrznych. Bardzo słusznie sprzeciwia się zdaniu Jäderholma, który tym plamom odmawia wszelkiego zgoła znaczenia rozpoznawczego. Oceniając znakomitą rozprawę Jäderholma w Przegl. Lek. (1877, Nr. 6) oświadczyliśmy, że nie przywiązujemy wielkiéj wagi do jego uwag sądowo-lekarskich, podczas gdy badaniom jego samodzielnym chemicznym i spektralnym zasłużoną oddawaliśmy pochwałę. Słusznie też autor, znalazłszy plamy te we wszystkich 12 przypadkach otrucia, które widział, uznaje je za „ważną i cenną „wskazówkę do stwierdzenia otrucia tlenkiem węgla, choćby „dlatego, że muszą zwrócić uwagę obducenta na ten rodzaj „śmierci.“ Od lat wielu zwracamy uwagę na tę rzeczywiście cenną wskazówkę, a jak dalece plamy te jasno-czerwone pomimo innego przypuszczenia na pozór uzasadnionego każą nam domyślać się otrucia tlenkiem węgla, mieliśmy dowód na przypadku, który się tu zdarzył w r. 1872. Dwoje ludzi spuściło się na Zamku do studni głębokiéj; na krzyk jednego z nich spuścił się żołnierz do studni i wydobył obydwóch, jednego bez życia, drugiego odurzonego. Przypuszczano z góry, że obaj doznali otrucia kwasem węglowym, często gromadzącym się w starych studniach; jednego z nich żyjącego jeszcze odesłano nawet z tém rozpoznaniem do szpitala św. Łazarza, gdzie w stanie znacznie polepszonym przez nas był badany; na zmarłym zaś jego towarzyszu znaleźliśmy tak piękne różowe plamy pośmiertne, że na pierwszy rzut oka wykluczyliśmy otrucie kwasem węglowym, a badanie chemiczno-spektralne w istocie dowiodło obecności we krwi tlenku węgla. Pokazało się, że ludzie ci wpuścili się byli do studni, mając ze sobą w kociołku zapalone węgle; nawiasowo mówiąc jest to rzadki pod względem sposobu i miejscowości przypadek zaczadzenia. Zgadzając się w zupełności z autorem co do wielkiego znaczenia rozpoznawczego owych plam, zastanowimy się późniéj nad najważniejszym ustępem, a mianowicie nad istotą tych plam, które autor w sposób odmienny od innych autorów tłumaczy.

Rozbiór reszty zmian pośmiertnych jest jak najdokładniejszy a autor nie zapomniał o żadnym szczególe. Jaśniejsze zabarwienie krwi ocenia bez uprzedzenia i zgodnie z rzeczywistym stanem rzeczy, tylko tłumaczenie tego zjawiska, jako polegającego na utworzeniu się galczenia tlenku węgla, mylnie przypisuje (str. 92) Jäderholmowi, bo tłumaczenie to już w r. 1866 powszechnie było przyjętém (porówn. dziełko Friedberga). Pod względem jaśniejszéj barwy krwi mógłby się autor był powołać na piękną ze wszech miar pracę Ackermanna: *Unters. ü. d. Einfluss der Erstickung auf die Menge des Blutes im Gehirn u. in den Lungen* (Virchows Archiv 1859), który na królikach poprzednio trepanowanych już po kilkorazowém wdychaniu przez nich gazu CO i gazu świetlnego widział piękne jasnoczerwone zabarwienie się mózgowia. W ogóle ktokolwiek tylko widział kilka razy krew ludzi lub zwierząt otrutych gazem CO, przyzna, że barwa jéj najczęściéj bywa charakterystyczną, a każdy, kto krew taką przechował przez czas dłuższy, wie, że ona barwę tę bardzo długo zachowuje; tak np. mamy od 9 lat krew zasuszoną pomiędzy dwoma szkiełkami, a różnica między nią a krwią zwykłą na pierwszy rzut oka jest uderzającą.

(Dokończenie nastąpi.)

Prof. Zeissl (we Wiedniu): **O ulepszonym sposobie leczenia zapalenia przyjądrza wiewiórowego.**

Sprawozdanie Dra St. Skobla.

Wiadomo powszechnie, że do najczęstszych powikłań przy ostrém zapaleniu wiewiórowém cewki moczowéj u mężczyzn należy to cierpienie, które dawniéj błędnie zapaleniem jądra, obecnie zaś zapaleniem przyjądrza (*epidydymitis*) nazywają. Różne sposoby, jakich używano w ciągu ostatniego dziesięciolecia w zapaleniu wiewiórowém przyjądrza, polegały ogółem na leczeniu przeciwzapalném. Jeżeli przy tém leczeniu nie używano upustu krwi z żył, to przecież bardzo

że chora męczy się łatwo i odkaszluje plwocinę śluzowo-ropną bez prążków krwi, zalegającą górną część tchawicy. Badanie płuc wykazuje tak z przodu jak z tyłu piski i zaostrzenie szmerów oddechowych po obu stronach, zresztą żadnego stłumienia ani szmeru oddechowego oskrzelowego wykazać nie można. Tony serca czyste, żadnego podejrzenia co do tętniaka, gruczoł tarczykowy miernie powiększony, jednakowoż nie w tym stopniu, aby przypuszczać można, że ucisk przezeń wywarty sprowadza tak znaczną duszność. Obmacywanie tchawicy i badanie całéj okolicy nie mogło również wykazać ani obrzęku gruczołów, ani jakiegokolwiek nowotworu; zmiany zaś w krtani za pomocą wziernika wykryte nawet obecność domniemanego wrzodu, którego jednak dobrze zobaczyć nie można było, nie mogły żadną miarą tłumaczyć tak znacznéj przeszkody w oddychaniu. Przypuszczając zatém zmiany kilowe w tchawicy, których jedak bliżéj oznaczyć nie można było w obec trudności, na jakie w tym przypadku napotykało badanie wziernikowe, zaleciliśmy choréj naszéj wcierania szaruchy po 4,00 pro dosi i kali jodatum 10,00 : 200 po łyżce z rana i wieczór.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Oceny i sprawozdania.

Dr. Longin Feigel (we Lwowie): **Otrucie gazem tlenku węgla, a w szczególności gazem świetlnym, ze stanowiska sądowo-lekarskiego.** Lwów 1878, in 8vo min., str. 147.

Z prawdziwą przyjemnością przystępujemy do zdania sprawy z dziełka Dra Feigla, a to z kilku przyczyn: raz, że prace większe lekarskie w języku polskim zbyt rzadko się pojawiają, że więc każdemu należy się prawdziwe uznanie, który nie szczędzi trudu, aby wzbogacić ubogie nasze piśmiennictwo; powtóre z powodu że w autorze, który dotąd wyłącznie pracował w anatomii patologicznéj a jako lekarz sądowy dał się był poznać zaledwie z kilku opisów kazuistycznych, wypada nam obecnie powitać i pracownika sądowolekarskiego, rokującego piękne na przyszłość nadzieje; a wreszcie, ponieważ nad przedmiotem, który sobie tym razem obrał, i my przed 6ciu laty zastanawialiśmy się w Przeglądzie Lek., wykazując, jeżeli się nie mylimy po raz pierwszy w kraju naszym, ważność jego sądowo-lekarską, i że spostrzeżenia i zapatrywania nasze w badaniach autora po największéj części znalazły potwierdzenie swoje *).

Gdyby pobudki właśnie przytoczone nie starczyły na usprawiedliwienie nasze, że pracy Dra Feigla nieco więcéj poświęcamy miejsca, wtedy w odwodzie gotową mamy jeszcze jednę okoliczność dosyć wymowną, a mianowicie, że w kraju, w którym każdy 5ty lub 6ty lekarz jest lekarzem sądowym, medycyna sądowa przestała prawie być specyjalnością i powinna budzić zajęcie ogólne, a im mniejszém niestety zajęcie to jest w rzeczywistości, têm większym staje się obowiązek zwrócenia uwagi na każdą pojawiającą się pracę lepszą.

*) Jeżeli wbrew zwyczajowi swemu podajemy ocenę tę nieco późno, nie dzieje się to wcale z obojętności lub lekceważenia pięknéj pracy oryginalnéj, lecz z powodu, że mając włożony na siebie obowiązek urzędowego ocenienia dziełka tego, które autor przedłożył Wydziałowi prawa we Lwowie celem uzyskania veniae legendi z medycyny sądowéj, przed wywiązaniem się z tego obowiązku nie mogliśmy podać do druku oceny niniejszéj.

Ścisłe badania sądowolekarskie, jak w ogóle lekarskie, mogą być dwojakiego rodzaju: samodzielne i krytyczne. Pierwsze posuwają naprzód wiedzę naszą o pewnym przedmiocie i w pewnym kierunku, albo przynajmniéj roszczą sobie pretensyje do wzbogacenia naszéj wiedzy; ostatnie zapuszczają się w rozbiór pierwszych, celem ocenienia, czy w istocie zawierają coś nowego i dobrego, a zwłaszcza coś pewnego, na cele sprawiedliwości wyzyskiwać się dającego. Chcąc zaś pracę doświadczalną ocenić, należy powtórzyć doświadczenia, należy ją sumiennie skontrolować, a krytyka takiéj pracy wtedy tylko jest uprawnioną, jeżeli się opiera na kontroli. Badania więc krytyczne czyli kontrolujące mają niezaprzeczone znaczenie, czasem nierównie większe, aniżeli praca samodzielna; w każdym bowiem razie, czy one potwierdzają, prostują lub dowodzą mylności rezultatów, do których doszedł autor pracy samodzielnéj, oddają one wielką usługę umiejętności, zwłaszcza takiéj, która jak medycyna sądowa częstokroć stanowi o losie człowieka, o jego honorze i życiu. Bez badań kontrolujących nie byłoby prawdziwego w nauce postępu, a jeżeli rozpatrując się w historyi nauki naszéj specyjalnéj znajdziemy tyle przykładów świadczących, że zdania mylne przez długie czasy uchodziły za pewniki, to przyczyną tego zjawiska był brak kontroli i bezwzględne przysięganie na zdania znakomitości naukowych; a ileż to razy i w naszych czasach pojawiają się prace olśniewające świetnym rezultatem, a które w obec kontroli ścisłéj maleją znacznie lub szybko ustępują z widowni? Czytelnicy tygodnika naszego przypomną sobie np., jakie koleje przeszła t. zw. próba uszna i jakiego doznała ograniczenia, odkąd podlegała kontroli naszéj a następnie i innych; przypomną sobie np., że dochodzenie plam nasiennych podane przez Dra Longeta skontrolowane przez nas okazało się czczą prawie zabawką itd.

Do rzędu badań kontrolujących należy i rozprawa Dra Feigla; wszakże sam ją do tego rzędu zalicza w przedmowie swojéj, pisząc: „Doświadczenia te (prof. Jäder-„holma), o ile zawierają szczegóły praktyczne dla lekarza „sądowego, zasługiwały na wszechstronne powtórze-„nie. Wyniki tych doświadczeń pragnę podać do wiadomo-„ści publicznéj.“ A przyznać musimy, że kontrola w istocie była wszechstronną i wyczerpującą, bo się nie ogranicza do pracy samego Jäderholma, ale obejmuje także spostrzeżenia sądowolekarskie w tym przedmiocie dotychczas ogłoszone. Autor korzystał z przypadku otrucia się 19 osób gazem świetlnym, który zdarzył się we Lwowie w grudniu 1876 r., aby studyjować gruntownie zmiany występujące na zwłokach ludzi otrutych tlenkiem węgla, oraz wszystkie sposoby dochodzenia tego gazu trującego. Wzmiankowana katastrofa lwowska jest więc osią, koło któréj obracają się wszystkie zabiegi autora; nie poprzestał bowiem na wyjaśnieniu sądowi wszystkich okoliczności wątpliwych, lecz zestawiając wyniki, jakie otrzymał z badania kilkunastu osób, z rezultatami podanemi przez innych autorów, starał się wykazać, o ile jedne zgadzają się z drugiemi, a nawet usiłował samodzielnie wytłumaczyć jedną z ważnych zmian w skutek działania tlenku węgla na organizm występujących.

Tok myśli autora i treść rozprawy jest następująca: Na wstępie (str. 1—29) znajdujemy ogólne uwagi nad czadem (nad źródłem powstawania, składem chemicznym, otruciem za pomocą takowego itd.), daléj nad gazem świetlnym (jego składem chemicznym, szkodliwością, własnościami fizycznemi itd.) i przypadkami otrucia tym gazem, które

często zalecano pijawki, które bądź w pobliżu sznurka nasiennego, bądźto na międzykroczu pełniły swoją powinność; obok zaś okładów zimnych i środków rozwalniających zwracano baczną uwagę na dyjetę, która miała być mniéj lub więcéj ścisłą, a przy tém wszystkiém chory musiał najczęściéj pozostawać w łóżku. W wielu przypadkach te ogólnie przyjęte zasady doprowadziły do pożądanego celu, tak, że po trzech lub czterech tygodniach ustępował obrzęk sznurka nasiennego i przyjądrza, a zmiany zapalne skóry moszen i tkanki łącznéj podskórnéj ginęły bez śladu. Tylko w wyjątkowych razach, a mianowicie w przebiegu chronicznem zapalenia przyjądrza, używali niektórzy lekarze wcierania szaruchy w miernéj ilości, działając pośrednio przez skórę moszen na miejsce cierpieniem zajęte a obok tego stosując zimne okłady miejscowo.

Jakkolwiek przy tych zasadach leczenia w zarysie wspomnianych osiągnięto nader wielką liczbę wyleczeń, przecież starano się daléj, ażeby pewne przykre okoliczności, które mniéj lub więcéj temu leczeniu towarzyszyły, usunąć lub odpowiednio zmienić. Jako skutek najlepszych usiłowań należy uważać t. zw. metodę Frickego, która jak wiadomo polega przy zapaleniu wiewiórowém przyjądrza na jednostajnym ucisku tegoż za pomocą plastra lepiącego. Lecz i to postępowanie nie zadowoliło wszystkich i starano się znowu o skrócenie i uproszczenie wymienionych sposobów leczenia. Jeżeli zważymy, że dla osób dotkniętych tém bolesném cierpieniem choroba ta staje się niejednokrotnie kwestyją żywotną, albowiem chory taki nie może się zupełnie oddawać swemu powołaniu, a często moralna klątwa wydziera mu kawałek chleba z ręki, to pewnie nie zadziwi nikogo, że sprawa ta obchodząca tak blisko ogół lekarski stała się przedmiotem ciągłych badań, czy się nie da wynaleść taki sposób leczenia, któryby bez uszczerbku chorego nie odrywał go od zajęcia, a przecież o ile to możebném uwolnił od bolesnego cierpienia.

Powołując się na zdanie powagi naukowéj na polu syfilodologii, prof. Zeissla, powtórzyć za nim muszę, że postęp, jakiśmy zrobili na téj drodze, należy zawdzięczyć panom Langlebertowi i Horandowi. Przyrząd w tym celu obmyślony przez pomienionych lekarzy składa się z trzech części: najpierw z ćwiartki waty średniéj grubości, następnie z czworograniastego kawałka płótna sprężnikowego, a wreszcie z woreczka płóciennego *(suspensorium)*. Woreczek ten jest kształtu trójkątnego, miernie wklęsły, w pobliżu górnego brzegu znajduje się otwór, przez który prącie przechodzi. Na brzegach obydwu górnych kątów umocowane są dwie długie tasiemki służące do opasania brzucha, kąt zaś trzeci dolny opatrzony jest dwiema tasiemkami, któremi otoczywszy obydwa uda przewleka się takowe po pod taśmy umocowane na brzuchu i wiąże mocno w pasie; obydwa boki tego trójkąta są w środku nacięte, a w miejscach tych przytwierdzone po każdéj stronie dwie krótkie tasiemeczki. Górny brzeg trójkąta wynosi 17 centim., boki mają po 21 cm. środek zaś trójkąta 23 cm.

Przy zakładaniu opaski jest najlepiéj, jeżeli chory leży. Po osłonięciu tedy moszen warstwą waty chory trzyma takowe o ile tylko można podniesione jak najwyżéj ku spojeniu kości łonowych, na watę kładzie się czworograniasty kawałek płótna sprężnikowego, zwrócony jednak powierzchnią świecącą ku wacie, w którego górnym brzegu znajduje się kolisty otwór, służący do przewiedzenia prącia, a na to wszystko naciąga się powyżéj opisane suspensoryjum.

Najpierw wiążą się taśmy w pasie, przyczém należy zwrócić uwagę, ażeby węzeł wypadł z boku, gdyż inaczéj mógłby choremu śpiącemu na wznak dolegać. U mężczyzn otyłych należy podłożyć płótno w kilkoro złożone pod taśmy brzuch okalające, ażeby uniknąć wrzynania się tychże w skórę. Po téj czynności wiążą się taśmy idące naokoło ud, a wreszcie łączą się boczne nacięcia woreczka po obydwóch stronach, a umocowane w tych miejscach tasiemeczki ściąga się jak tylko można najsilniéj. Po założeniu opaski w ten sposób moszna znajdują się prawie w jednéj wysokości z górnym brzegiem spojenia kości łonowych.

Opaska ta według zdania Horanda powinna być dopiero po tygodniu zdjętą. Gdyby jednak po upływie tego czasu obrzęk jądra jeszcze nie ustąpił, to można opaskę powtórnie założyć, lub téż wziąć się do użycia maści lub plastru rozpędzającego.

Otóż na zasadzie doświadczeń robionych na 50ciu chorych cierpiących na zapalenie przyjądrza prof. Zeissl używał téj opaski we wszystkich przypadkach z najpomyślniejszym skutkiem, między któremi były takie, gdzie chorzy przy najmniejszym ruchu tracili prawie przytomność z powodu szalonych boleści, a po założeniu opaski w jednéj chwili doznawali takiéj ulgi, która w obec dawnych cierpień ma przechodzić wszelkie oczekiwania. Dlategotéż powiada daléj prof. Zeissl, że od chwili stósowania tego nowego przyrządu nie potrzebował ani razu uciekać się do maści kojących bóle, lub nakłówać przy zapaleniu ostrém przyjądrza pochewkę mądową *(hydrocele acuta)*.

Korzyści zatém, jakie wynikają z tego nowego sposobu leczenia, są następujące: ból ustaje natychmiast po założeniu opaski, a w najniepomyślniejszym przypadku zmniejsza się do tego stopnia, że chory może się oddawać swojemu zajęciu. Jako wielką zaletę tego przyrządu należy także uważać jego nader prostą budowę i zarazem taniość, co znowu nie jest rzeczą obojętną dla leczenia szpitalnego, nie wymieniając już innych ulg i korzyści jakie z tego powodu dla szpitala wynikają.

Jeżeli sobie zadamy pytanie, na czém właściwie polega skuteczność tego leczenia, to zdaje mi się, że wypadnie nam jéj szukać przedewszystkiém w stałém prawie i nieruchomém podparciu jądra, częścią może w lekkim ucisku, jaki opaska wywiera na takowe, a wreszcie może i w obfitych potach, w jakich się skóra moszen znajduje skutkiem szczelnie przylegającéj opaski; tego przynajmniéj zdania jest Horand i Zeissl.

Atoli wiadomém jest również, że ten sam narząd ulega jeszcze innym zmianom chorobowym, które w przebiegu swym sprowadzają mniéj lub więcéj gwałtowne bóle w jądrach, jak to widzimy w grużlicy przyjądrza a względnie jądra, daléj w zapaleniu jądra kiłowém, które jakkolwiek rzadziéj napotykamy, pojawiają się one tutaj wzdłuż sznurka nasiennego i po odpowiedniéj stronie lędźwiowéj. Jeżeli nadto zwrócimy uwagę, że przemiana guzów rakowatych, zanim takowe nie rozmiękną i nie utorują sobie drogi na zewnątrz, wywołuje podobnież w jądrze przykre bóle kłójące, być zatém może, że i tutaj użyta wspomniana opaska jako środek pomocniczy odda pożądane usługi. Gdyby jednak w pomienionych przypadkach wiadomy przyrząd nie dał się użyć skutecznie, to zawsze można śmiało powiedzieć, że przez ten nowy pomysł cierpiącym na zapalenie przyjądrza wiewiórowe wyświadczono dobrodziejstwo wielkie.

O przewłocznem zapaleniu płuc podług Charcota. Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50.)

Historyję chorych, cierpiących na ostrawe zrazikowe zapalenie płuc, podali: Ollivier, Balzar i Jürgensen. Kazuistyczne te opisy w całości popierają twierdzenia Charcota. W końcowym okresie swego przebiegu wikła się ostrawe zrazikowe zapalenie płuc ze zmianami następowemi, z których wybitniejsze są następujące: przerost komórki prawéj serca (10, 30 Bastian) z jéj następstwami: przemieszczenie serca, podniesione ustawienie się przepony (do 4go żebra, Traube), zniekształtnienie klatki piersiowéj. Inne znowu objawy zdradzają wytworzenie się rozstrzeni oskrzelowych, wykrztuszanie obfite, smrodliwe plwociny często z krwią zmieszane, napady wrzekomo-zimnicze (ropnicowe). Biermer spostrzegał 4 razy ropnie w mózgu.

Wywód swój streszcza Charcot w następujących słowach: ostrawe zrazikowe zapalenie płuc najczęściéj początkiem sięga wieku dziecięcego; w pierwszych chwilach zaznacza się ono jako powikłanie odry, krztuśca itd., lecz z biegiem lat sprowadza zanik miąższu płucnego i rozstrzeń oskrzelową w dolnym płacie płuca; klinicznie rozpoznaje się ono po objawach, z których jedne odnoszą się do zaniku płuc, drugie do rozstrzeni oskrzelowych.

III. Zapalenie płuc przewłoczne odopłucnowe.

Powierzchowne naczynia limfatyczne płuca przebiegają w pokładzie podopłucnowym, w stosunkowo znacznéj od worka opłucnowego odległości. Czy to jest, zapytuje Charcot, stosunek anatomiczny stały, lub téż czy nie istnieje inny stosunek więcéj bezpośredni pomiędzy naczyniami limfatycznemi płuca i opłucną, będącą podług anatomii ogólnéj wielkim przestworem limfatycznym, ciągle limfą zroszonym? Gruntowne wyjaśnienie tych stosunków anatomicznych ułatwiłoby znacznie zrozumienie pewnych objawów patologicznych tak ciemnych do téj pory.

Niekiedy zdarzają się zapalenia opłucny, zazwyczaj złośliwe, na które pierwszy Moxon zwrócił uwagę, tém się wyróżniające, że im towarzyszy zapalenie naczyń limfatycznych płuc; to powikłanie podług Heiberga i Longueta ma miejsce w zapaleniach opłucny połogowych. Często spostrzegano zapalenie naczyń limfatycznych płuca przy raku sutka, eśli ten nowotwór przeniósł się i na opłucnę żebrową (Charcot, Debove). Na drodze doświadczalnéj wstrzyknięcie cieczy gnilnych lub wytworów gruźliczych do worka opłucnowego królika na pewne wywoływało zapalenie naczyń limfatycznych płuca; czy więc sprawa zapalna szerzy się z opłucny na płuco przez nasączenie z pokładu na pokład, lub téż czy ciecze chorobowe zostają wessane drogami fizyjologicznemi i tym sposobem udzielają zapalenie z opłucny na naczynia limfatyczne płuca? Ostatnie poszukiwania, dokonane w pracowni Ludwiga przez Dybkowskiego stwierdzają, że istnieją takie stosunki anatomiczne na opłucny żebrowéj, które w zupełności wyjaśniają szerzenie się sprawy zapalnéj z opłucny na płuco. Nastrzykiwania wykazały, że przestwory międzyżebrowe posiadają bogatą sieć limfatyczną, z któréj powstają naczynia z zastawkami, przebiegające po dolnym i górnym brzegu żebra i łączące się w części przedniéj ciała z pniami sutkowemi, a w tylnéj z przebiegającemi wzdłuż stosu pacierzowego. Rysunki Dybkowskiego wykazują, że wspomniane naczynia limfatyczne opłucnowe tworzą dwie sieci: jedną głęboką, mieszczącą się w łącznem utkaniu opłucny, drugą powierzchowną, znajdującą się między pęczkami stanowiącemi miąższ téj błony surowiczéj. W niektórych miejscach naczynie limfatyczne powierzchowne przebiega tak bezpośrednio pod *endothelium*, że jest tylko od niego oddzielone swą ścianką, która nie jest czém innem jak tylko pokładem *endothelium*. W niektórych miejscach w przestworach międzykomórkowych *endothelium* znajduje się bezpośrednie połączenie jamy opłucnowéj z naczyniem limfatycznem powierzchownem. Nie wszyscy anatomowie godzą się na powyżéj podany opis, lecz wszystko przemawia za jego wiernością, tak nastrzykiwanie naczyń limfatycznych, jak szybkie wessanie roztczynu błękitu pruskiego, do worka opłucnéj wstrzykniętego.

Powyższe stosunki anatomiczne początkowo wykazane na psie i króliku zostały stwierdzone na człowieku przez Wagnera (*Arch. der Heilkunde* 1870), który spostrzegał przy włóknikowem zapaleniu opłucny, ostrém czy przewłocznem, że powierzchowne naczynia limfatyczne zawierały włóknik, będący w bezpośrednim związku z włóknikiem błon wrzekomych opłucny. Cornil i Ranvier poczynili uwagi analogiczne. Słowem, tak doświadczenia na zwierzętach jak i badanie pośmiertne na zwłokach ludzkich stwierdzają, że zawartość worka opłucny wsysa się naczyniami limfatycznemi powierzchownemi, co się uskutecznia najprawdopodobniéj przez otworki fizyjologiczne.

Podług Kleina powyższy opis, dotyczący opłucny żebrowéj, stosuje się i do opłucny trzewowéj; miał ten badacz spostrzegać otworki w utkaniu i tego listku opłucny, które w stanie fizyjologicznym zapełnione były białemi ciałkami krwi, a w stanie patologicznym czasem zawierały nitki włóknika, przebiegające od powierzchni opłucny do pokładu podopłucnowego. Troisier odszukał w głębi miąższu opłucny karmin, wstrzyknięty do worka téj błony surowiczéj; spostrzeżenia powyższe mają już tę wartość, że wskazują w jakim kierunku trzeba prowadzić badanie przy istnieniu zboczeń płucnych, po chorobach opłucny następujących.

Lecz i odwrotnie sprawa chorobowa czasem szerzy się z płuc na opłucnę, jak to prawie stale ma miejsce w zapaleniu płuc dławcowem; to udzielanie się zapalenia da się wytłumaczyć nie tylko ościennością tych narządów, ale i wspólnością unaczynienia płuc i opłucny: sieć naczyń włosowatych, zostająca w bezpośrednim stosunku z komórkami płucnemi, a powstająca z rozgałęzień tętnicy płucnéj, dostarcza kilka pni do opłucny, jak to wykazał Reissessen, Kölliker, Rindfleisch, a więc unaczynienie opłucnéj jest w związku (prócz tętnic oskrzelowych i żyły płucnéj) z tętnicą płucną, która jest pośrednikiem między opłucną a siecią oddechową włosowatych naczyń komórek płucnych; okoliczność ta jest powodem szerzenia się sprawy zapalnéj z płuca na opłucnę i odwrotnie. Podług Rindfleischa wypełnienie powierzchownych komórek płucowych wypociną włóknikową w zapaleniu surowiczo-włóknikowem opłucny jest rzeczą zwykłą.

Sprawy chorobowe szerzą się z opłucny na płuco nie tylko drogą naczyń krwionośnych, lecz jak to po części już zostało omówionem, i naczyniami limfatycznemi, co szczególnie spostrzegano w ropnem, połogowem itd. zapaleniu opłucny (Moxon, Behier, Quinquaud, Heiberg, Longuet); ropne zapalenie ogranicza się do naczyń limfatycznych i czasem sprowadza ropnicę; sprawa ta może się udzielić sąsiedniéj tkance łącznéj i powstają zmiany opisane przez Moxona przy ostrem zapaleniu międzykomórkowem płuca, któ-

re występuje jako powikłanie ropnego zapalenia opłucny; sprawa ta była już poruszoną przez Rindfleischa w opisie rozszczepnego zapalenia płuc (*pneumonie dissequante*), przy którém jeden lub kilka płatków płuca są jakby odosobnione od reszty narządu.

Jeśli chory nie umiera w tym okresie, powstają następowe zmiany zapalenia płuc międzyzrazikowego, znamionujące jedną z postaci przewlocznego zapalenia płuc, jak to pierwszy opisał Greenhow 1875 r. Charcot nazywa te odmiany zapalenia płuc z cechą przewloczną, które biorą początek w sprawie zapalnéj opłucny, zapaleniem płuc przewlocznem odopłucnowém. Już przed niedawnym czasem namienił o téj odmianie Brouardel, a po nim Fox (Reynolds System), nazywając marskością płuc podopłucnową tę sprawę patologiczną, o któréj mowa. Tapret udzielił prof. Charcotowi opisu dwóch przypadków, w których badanie pośmiertne w zupełności potwierdziło wyłuszczone tu zapatrywanie Charcota.

Balzer czyni dodatkowe uwagi nad zdaniem Charcota o zapaleniu płuc towarzyszącém gruzełkom płucnym, które to zapalenie podług badań najsumienniejszych nie posiada żadnych cech wyłącznych, istotnych, różniących ten rodzaj zapalenia od innych znanych, prócz zapalenia płatowego. W przebiegu ostrym sprawy gruźliczéj znajdował Charcot ogniska nacieczone lub ropne i objawy splenizacyi; w przebiegu przewlocznym treść komórek płucnych, utkanie łączne przynaczyniowe i międzyzrazikowe ulegają zmianom, w których była mowa przy opisie przewlocznego zrazikowego zapalenia płuc, a mianowicie: rozrost tkanki łącznéj, przekształcenie przybłonka na sześcienny i przeobrażenie ziarnisto-tłuszczowe chorobowéj zawartości komórek płucnych; natomiast nowotworowe utkanie gruzełka ulega zwyrodnieniu serowatemu, które to utkanie wnika i zagarnia oskrzele i komórki płucne przyoskrzelowe wraz z ich zawartością.

III. Kilka uwag nad stanowiskiem lekarzy powiatowych.

Właśnie przystąpiliśmy do napisania kilku uwag nad zmienionem nieco w skutek reorganizacyi ostatniéj stanowiskiem lekarzy powiatowych naszych, gdy w Nrze 50 *Prager med. Woch.* spotkaliśmy się z podobnym artykułem prof. Rittera. Miał on sobie, jak pisze, przez jednego z kolegów zwróconą uwagę na §§. 6 i 7 ustawy sanitarnéj z dnia 30 kwietnia 1870 r., według których wykonywanie spraw sanitarnych do zakresu państwa należących jest obowiązkiem władz politycznych, które pod tym względem działają zasięgnąwszy zazwyczaj *(in der Regel)* zdania lekarzów; przez znawców tych ustawa rozumie fizyków w miastach rządzących się własnym statutem, lekarzy i weterynarzy powiatowych, rady sanitarne krajowe i państwowe, dodając atoli, że „w miarę potrzeby w poszczególnych przypadkach *(von Fall zu Fall)* powołać można i inne osoby sanitarne“, że następnie każdy lekarz powiatowy podporządkowany jest bezpośrednio staroście w miejscu swéj siedziby urzędowéj, że jednakowoż czynić winien zadosyć i wymogom służbowym reszty starostów okręgu swego urzędowego. Prof. Ritter słusznie zauważa, że ustawa uregulowała stosunek lekarza powiatowego do starostów, ale nie uregulowała naodwrót stosunku starosty do lekarza, a z tego wynika, że starosta może zarządzać środki sanitarne nie zawiadomiwszy nawet później, a tém mniéj z góry, lekarza powiatowego i że takie przypadki istotnie się zdarzają (w Czechach), a lekarz powiatowy z założonemi rękami podobnym zarządzeniom przypatrywać się musi. Słusznie autor artykułu zapewnia, że dopóty ustawodawstwo nasze sanitarne i lekarskie nie stanie się lepszém, dopóki znawcy mieć nie będą większego wpływu na ustawodawstwo.

Zgadzając się w zupełności na uwagi słuszne prof. Rittera, nie myślimy atoli pójść w ślad za nim i wywodzić żale *de lege ferenda*. Do nowéj ustawy daleko nam jeszcze, bo na ustawę z r. 1870, która mało kogo zadowoliła i tak bardzo długo czekać musieliśmy; wypada nam na teraz oswoić się z nią i w granicach przez nią wytyczonych podnieść niektóre wątpliwości, których usunięcie jest wskazaném, a jak wykażemy, w ramach ustawy możebném.

W skutek przeprowadzenia i u nas organizacyi publ. służby zdrowia powstały stosunki podobne, jakie w innych krajach koronnych już od lat kilku istnieją, to jest, że kilku lekarzy powiatowych otrzymało po 2 powiaty pod opiekę swoją lekarską i że każdy z nich, jakkolwiek na mocy ustawy podporządkowany jest bezpośrednio pod starostę, w siedzibie którego mieszka, to jednak czynić musi zadość i wymogom drugiego starosty, a wszystkie obowiązki, które na mocy §. 8 ustawy ciążą na lekarzu powiatowym, odnoszą się tak do jednego, jak i do drugiego powiatu. Obowiązki te zaś są liczne i ważne; ustawa bowiem wymaga nawet od lekarza powiatowego, aby w razie, jeżeli jest niebezpieczeństwo w zwłoce, działał natychmiast i pod własną odpowiedzialnością, aby okrąg swój sanitarny znał dokładnie, aby go od czasu do czasu zwidzał, a nawet częściéj, jeżeli potrzeba tego wymaga, aby od czasu do czasu przedkładał sprawozdanie umiejętne o wszystkiém, co znajdzie uwagi godnego w okręgu swoim itd. Jakże tu jednak pogodzić możebność wypełniania tych obowiązków z prawem nadaném przez ustawę starostom, aby mogli działać wyjątkowo i bez wiedzy znawcy, lub w miarę potrzeby i w pewnych przypadkach wzywać innych znawców, a niekoniecznie lekarza powiatowego (§. 6), a czy wtedy lekarz powiatowy jest choćby tylko „doradzcą lekarskim“, jeżeli nie tylko bez jego dorady, ale nawet bez jego wiedzy dzieją się rzeczy w jego okręgu, do doradzenia, a przynajmniéj ocenienia których właściwie on jest powołany. Wykonywanie zaś tych obowiązków staje się dla lekarza powiatowego absolutnie niemożebném, jeżeli naczelnik jednego ze starostw w okrąg sanitarny połączonych często korzysta z prawa wyjątkowego i często lub zawsze działa na własną rękę lub wzywa innych znawców; w takim razie lekarz powiatowy niemoże odwidzać tego powiatu, pozostaje w nim obcym, nie może działać na własną odpowiedzialność, nie może zdawać sprawy ze spostrzeżeń, do czynienia których nie został przypuszczony; w takim razie łączenie dwóch powiatów w jeden okrąg zdrowotny jest tylko iluzyją, a można było śmiało łączyć ze sobą nierównie więcéj powiatów, jeżeli właściwie tylko taki powiat ma lekarza, w którym lekarz mieszka. Że jednak taka praktyka tylko na szkodę kraju wychodziéby mogła, nie potrzebuje dowodu, a jakie byłyby sprawozdania roczne lekarzy powiatowych o stanie sanitarnym powiatów przyczepionych, jakie ich wykazy statystyczne, epidemijologiczne itd. również domyślać się łatwo.

Że gdzieindziéj się tak dzieje, wynika z artykułu wyżéj wspomnianego czasopisma prażskiego, a mamy pewną podstawę do przypuszczenia, że i u nas nie dzieje się inaczéj. Dowodzi tego rozporządzenie c. k. Namiestnictwa we Lwowie z d. 27 listopada rb. do L. 60621 wydane do wszy-

stkich starostów, w którém pomiędzy innemi znajduje się ustęp téj treści: Obowiązkiem lekarza powiatowego jest sprawdzać wybuch chorób epidem. i leczyć chorych zapadłych na chorobę nagminną. W razach więc, gdy wyjątkowo inny lekarz chorobę sprawdza, ma być podaną przyczyna, dlaczego lekarz powiatowy téj czynności nie dokonał; w przypadkach zaś, gdy lekarz pow. nie obejmuje leczenia chorych, należy również wymienić powód, oraz podać nazwisko lekarza, któremu poruczono leczenie, niemniéj okres czasu, w którym ma chorych odwidzać. Jeżeli zaś lekarz powiatowy ani wybuchu epidemii nie sprawdził, ani chorych nie leczył, należy mu polecić, aby w ciągu trwania epidemii przynajmniéj raz w zastępstwie lekarza ordynującego chorych odwidził i stan epidemii sprawdził.

Rozporządzenie to dowodzi, że już zdarzyły się i u nas przypadki, w których lekarz pow. nie widział na własne oczy epidemii wybuchłéj w jego okręgu zdrowotnym, bądź dlatego, że go starosta nie zawezwał, bądź dlatego, że może sam innego lekarza do téj czynności delegował. Rozporządzenie to więc czyni, co tylko jest możebném w ramach ustawy z r. 1870, aby z jednéj strony zapobiedz opieszałości lekarza pow., a z drugiéj, aby go wziąść w obronę na przypadek, gdyby go starosta czy to ze względów na oszczędność lub z innych powodów pomijał, a więc dba o to, aby wyjątek, dozwolony w §. 6 ustawy z r. 1870 w szczególnych przypadkach, nie stał się prawidłem.

Nie potrzebujemy dodawać, że rozporządzenie to było bardzo na czasie, a zdaje się, że Namiestnictwo nasze w téj mierze wyprzedziło rządy innych krajów koronnych, bo z artykułu na wstępie wspomnionego wynika, że w Czechach przynajmniéj podobne rozporządzenie, wyjaśniające w sposób całkiem odpowiedni §. 6 ustawy, dotąd się nie ukazało. Pokazuje się więc, że i ustawą niekoniecznie wzorową jako tako rządzić się można, jeżeli tylko wyłom każdy, z czasem powstający, prędko i stanowczo wypełniony zostaje.

Nauczeni jednak doświadczeniem, że rozporządzenia u nas już nieraz poszły w zapomnienie, musimy wyrazić jeszcze życzenie, aby Namiestnictwo zechciało czuwać nad ścisłém jego wykonywaniem, albowiem, jeżeli łatwo staroście w razie opieszałości lekarza pow. przypomnieć mu, jakie ma obowiązki, to naodwrót trudno lekarzowi pow. jako podwładnemu upomnieć się, gdyby był pominięty.

Podobno Namiestnictwo nasze zamierza wydać instrukcyję dla lekarzy pow. Instrukcyja taka jest bardzo potrzebną celem rozwinięcia §. 8 ustawy z r. 1870, który bardzo ogólnikowo wyraża się o obowiązkach lekarzy pow. Pożądaną byłoby rzeczą, aby w téj instrukcyi, przynajmniéj w ramach ustawy, dokładnie określone zostały obowiązki i prawa lekarzy pow. i asystentów, z uwzględnieniem zmian wywołanych przez niedawno przeprowadzoną organizacyję.

Prof. Blumenstok.

Listy z Warszawy.

IV.

Stan sanitarny Warszawy zaczyna coraz bardziéj zwracać na siebie uwagę naszéj prasy i coraz częściéj dają się słyszeć głosy upominające się o zaprowadzenie u nas ulepszeń, któreby nas od licznych chorób choć w części uwolniły, a które za granicą w najmniejszych i najuboższych miastach istnieją. Przyczyny złego stanu zdrowia w Warszawie bardzo są liczne. Przedewszystkiém wymienić należy brak systematycznie w całém mieście przeprowadzonych kanałów, któreby wodę nieczystą za miasto wydalały. Istnieją wprawdzie kanały miejskie w wielu miejscach, ale te więcéj do zanieczyszczenia powietrza i gruntu, niż do assenizacyi miasta się przyczyniają. Kanały te są w części tylko murowane, a w części z drewnianych bali i desek wykonane; te ostatnie co moment się psują a ziemia nad niemi się zawala. Połączenia ich z rynsztokami nie są w żaden sposób zabezpieczone, skutkiem czego straszny smród na zewnątrz się wydobywa. Najokropniejsza, w cząstki gnijące obfitująca kałuża, ścieka temi kanałami do Wisły i to bardzo blizko miejsca, skąd wodę do wodociągów zasilających całe miasto czerpią. Woda nieczysta, niemając żadnego odpływu, wsiąka do gruntu i zanieczyszcza wodę studzienną, któréj za napój i do kuchni używamy. Rozbiory też chemiczne, licznie w ostatnich czasach dokonywane, wykazały jak niesłychanie mało jest u nas studzień dobrą dostarczających wodę. Wodociągi, które przy pomocy pary pompują wodę z Wisły i rozprowadzają ją po domach, bardzo niedostatecznie funkcyjonują, gdyż dostarczają ledwo $\frac{1}{2}$ stopy kubicznéj na mieszkańca i dobę, kiedy ilość ta wynosić powinna najmniéj $2\frac{1}{2}$ do 3 stóp kub. Brak ten wody spłókującéj dotkliwie czuć się daje. Rynsztoki, których jest blisko 8 mil w Warszawie, znajdują się w bardzo opłakanym stanie. Wykonane one są wyłącznie z brukowanych kamieni, pomiędzy któremi znajduje się mnóstwo szpar i miejsc, w których woda stoi, rozkłada się i najokropniejszą woń wydaje. Gdyby spadek wszędzie był odpowiedni i gdyby wody spłókującéj była obfitość, to niedogodność ta niebyłaby tak wielką jak obecnie.

Jedną z ważnych przyczyn złego stanu sanitarnego naszego miasta stanowi wadliwa budowa miejsc ustępowych. W starych dzielnicach miasta i w starych domach wychodki znajdują się w bardzo złym stanie, dół kloaczny niezawsze murowany, nad tém wychodki z desek drewnianych napół zgniłych, oto całe pierwiastkowe urządzenie ustępowych miejsc. O jakiejś wentylacyi, o dezinfekcyi, o użyciu podłogi, ba! nawet o zamiataniu codziennem, ani mowy tu niema; to też cuchną te ustępy w przerażający sposób i co gorsza, zawartość ich dostaje się do wody studzien, które najczęściéj tuż obok nich się znajdują. Taki stan rzeczy istnieje przedewszystkiém w staréj części miasta, gdzie domy są małe o trzech lub czterech oknach frontu, a podwórza skutkiem tego bardzo zacieśnione. W domach nowszych jest niby lepiéj ta rzecz urządzona, ale także w bardzo wadliwy sposób. W nowo powstających domach nie wolno innych wychodków stawiać, jak tylko doły kloaczne przepisanych rozmiarów, na cemencie murowane. Ci, którzy przepisy owe wydawali, nie znali zapewne doświadczeń Dra Wolffhügela (*Zeitschrift für Biologie Bd. XI.* str. 459.), które jasno wykazują, iż zawartość kanałów nawet przez murowane dno do gruntu się dostaje. Tam gdzie nie ma stałéj angielskiéj kanalizacyi, ruchome beczki, *fosses mobiles*, jedynie celowi odpowiadają, jak to ludzie kompetentni utrzymują, ob. Pettenkofer, *Vorträge über Kanalisation und Abfuhr* 1876, str. 53. Przepisy takie u nas wydawane są przez ludzi niefachowych, niemających pojęcia o higijenie i o ostatnich zdobyczach medycyny publicznéj. Wypróżnianie wychodków odbywa się prawdziwie w sposób skandaliczny: istnieją przedsiębiorcy prywatni, którzy za duże pieniądze ręcznemi pompkami wypompowują zawartość dołów kloacznych do beczek i następnie takowe za miasto wywożą, ale manipulacyja ta

odbywa się wśród białego dnia, w czasie największego ruchu na ulicach i podwórzach! Doprosić się nie można rozporządzenia, żeby wypróżnianie kloak było dozwolone tylko w nocy. Mała tylko zawartość kloak spożytkowaną bywa przez okolicznych rolników, większą jéj część wylewają pod Warszawą na piaski, nieużytki etc., co daje powód do licznych narzekań, tak okolicznych mieszkańców, jak i przejezdnych.

Śmietniki w najsmutniejszym stanie zachowywane i rzadko wypróżniane, przyczyniają się nie mało do zakażenia powietrza i gruntu. Wreszcie najzupełniejszy brak wychodków publicznych i pissoirów na ulicach sprawia, iż we wszystkich zaułkach, przy parkanach, na większych podwórzach istnieją kałuże z moczu, o których odwietrzanie nikt się nie troszczy i które skutkiem tego są bezustanném źródłem zakażającém powietrze. O odwietrzaniu u nas w ogóle pojęcia nie mają, istnieje np. przepis policyjny, żeby stróże odwietrzali rynsztoki za pomocą roztworu siarczanu żelaza; i jakże wywiązują się oni z tego zadania? oto nad brzegiem rynsztoka, w miejscu suchém tak wysoko położoném, że nigdy do niego woda nie sięga, malują kamienie powyższym roztworem i to nie w całéj długości, lecz tylko w odstępach łokciowych! Do rynsztoka samego nic go nie wlewają. Codziennie widzieć można na ulicach Warszawy tak ugarnirowane rynsztoki i posłużyć one mogą jako *testimonium paupertatis* pewnéj klasy naszego społeczeństwa.

Dzisiejszemu prezydentowi miasta p. Starynkiewiczowi oddać należy sprawiedliwość, iż ożywiony jest najlepszemi chęciami i stara się całemi siłami o poprawienie stanu sanitarnego Warszawy; usiłuje on zapoznać się ze wszystkiém, co w téj materyi piszą, a nawet sam głos zabiera. Na nieszczęście nie wiele może on zrobić; wszystkie ważniejsze sprawy wysyłane bywają po zatwierdzenie do Petersburga; droga to długa, a wszystkie ważniejsze reformy odkładają do chwili, kiedy ma być zaprowadzony samorząd miasta z wybieralnym z pośród obywateli prezydentem. Wynikiem starań dzisiejszego prezydenta jest projekt kanalizacyi miasta Warszawy i zaopatrzenia jéj w wodę, wykonany przez inżyniera angielskiego Lindlaya. Według kosztorysu przez niego wykonanego koszta wynosić mają koło 6 milijonów rubli. Projekt ten nie jest jeszcze w szczegółach swoich znany publiczności; tłumaczony jest on obecnie na język polski i rosyjski i ma być wkrótce przedstawiony władzy do zatwierdzenia. Prezydent obiecuje, iż w przyszłym roku rozpoczną się już roboty i że stosunkowo nie wielkie ciężary wynikną z tego powodu dla mieszkańców miasta. Ciekawa rzecz, co p. Lindlay radzi począć z zawartością kanałów; wątpimy żeby zalecał wlewać ją do Wisły, choćby w miejscu najbardziéj oddaloném od Warszawy. Wiadomo, iż sposób ten jest przez wszystkich potępiony, przez parlament angielski wprost zakazany a ostatnie poszukiwania w Londynie dotykalnie przekonały, jak szkodliwym on jest dla zdrowia publicznego. Wszystkie nieczystości z Londynu wyprowadzane są kanałami wzdłuż północnego i południowego brzegu Tamizy daleko, prawie aż do ujścia téj rzeki do morza i tam dopiero wlewane są do niéj; otóż w ostatnich czasach dowiedziono, iż z powodu wstecznego ruchu wody w czasie przypływu morza nieczystości zostają zwracane aż do samego Londynu i tam zakażają wodę i powietrze.

(Dokończenie nastąpi.)

Zakład leczniczy „Fürstenhof“ w Styryi górnéj.

przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50.)

Kol. Cz. podniósł do zasady i nazwy to, co leżało w objaśnieniu skuteczności hydroterapii, to jest: działanie czynnika termicznego. Co więcéj kol. Cz. przeprowadził tę zasadę z całą ścisłością w praktyce. Oprócz czynnika termicznego, którego używa jako podniety nerwowéj, unika on wszystkiego, coby mogło działanie tego czynnika zaburzyć lub zakryć: nie używa więc ani natrysków i wodospadów, w których uderzenie przeważa, ani sadzawek, w których masa wody może działać przez ucisk hydrostatyczny, nie podaje wody do picia w zamiarze wypławienia i wyługowania ustroju. Wykonywa więc termoterapiję hydryjatyczną w znaczeniu ścisłém.

Kol. Cz. stawia na pierwszém miejscu te skutki zimna, które drogą zwrotną w ustroju można wywołać i radzi je wyzyskiwać metodycznie nie tylko w leczeniu upadku czynności odżywczych w chorobach przewlocznych, ale i w leczeniu gorączki. W ostatnim względzie rada kolegi Cz. znajduje podstawę w nowszych teoryjach gorączki, (zobacz prof. Dra Korczyńskiego „Nowsze teoryje gorączki“), w których przypuszczamy istnienie ognisk nerwowych drogą zwrotną działających na utlenienie i wytwarzanie ciepła w ustroju. To też drogą tą według tego przypuszczenia można działać na umiarkowanie gorączki. W celu wywołania tych skutków nie należy poprzestawać na samém oziębianiu ustroju drogą fizyczną za pomocą przeciągłéj kąpieli zimnéj, lecz za pomocą częstego powtarzania kąpieli lub okładów zimnych ogólnych.

W leczeniu chorób przewlocznych należy całkiem unikać skutków fizycznych zimna tj. oziębiania całego ciała lub całéj masy jego krwi, co nie trudno wykonać przez zastósowanie zimna przelotne w takiéj ilości i w takim stopniu, jaki w każdym danym przypadku właśnie wystarcza do wywołania drogą zwrotną skutków pożądanych.

W Graefenbergu używano bardzo niskich stopni zimna do kąpieli ogólnych i częściowych. Ciepłota najwyższa źródeł graefenbergskich wynosiła 10.6° C. (źródło Zofii), najniższa 4.3° C. (źródło Fińskie), średnica z 34 źródeł 5.9° C. Zimna woda była więc w ręku Priessnitza dla natury człowieka cywilizowanego prawdziwym knutem, który napędzał ją do wielkich wysileń w celu przywrócenia równowagi ciepła utraconego. Kol. Cz. używa tyle i takiego zimna, ile i jakiego właśnie potrzeba w danym przypadku. Skala zimna leżąca pomiędzy 20° C. a 10° C. należy tu już do środków heroicznych, poniżéj 10° C. do wyjątkowych i nadzwyczajnych

Podczas gdy dla podrażnienia nerwów za pomocą zimna lub ciepła względnego wystarcza bardzo powierzchowne oziębienie lub ogrzanie skóry, potrzeba czasu dłuższego i znacznych ilości zimna lub ciepła, ażeby odjąć ciału tyle ilości ciepła, żeby ciepłota spadła poniżéj stopnia prawidłowego. Ani ogrzanie ani oziębianie ciała nie idzie prędko ze względu, że skóra, tłuszcz, mięśnie, tkanina łączna są złemi przewodnikami ciepła; tak np. gdy zewnątrz skóry zastósujemy gorąco 400° C. w jéj głębszych warstwach znajdziemy zaledwie 50° C. (Hoh, l. c., 227). Pojemność tkanin ciała zwierzęcego dla ciepła jest mniejszą od wody z wyjątkiem krwi tętniczéj (Hoh, l. c.); z tych względów można ozię

bienie ograniczyć do powierzchownych warstw skóry nieoziębiając masy krwi, a tém mniéj masy ciała. Takie powierzchowne oziębienie wystarczy do wywołania najsilniejszych zmian w ustroju drogą zwrotną, jeżeli zimno zastósujemy według wskazówek doświadczennych. Inaczéj rzecz się ma z ogrzewaniem za pomocą opasek wygrzewających i zawijania w złe przewodniki całego ciała. W pierwszéj chwili opaska zmaczana w wodzie zimnéj działa jako bodziec nerwowy, lecz gdy pod nią nagromadzi się cieplo własne ciała, poczyna się ogrzewanie pod nią leżacéj części ze wszystkiemi jego skutkami fizycznemi. Ciepło rozszerza różne tkaniny ciała w różnéj mierze, rozszerza ustępy drobinowe czyli rozrzedza spójność tkanin i tém samém powiększa objętość. Powiększenie objętości może być miarą wewnętrznego rozrzedzenia drobinowego utkania; tak np. ciało człowieka ważące 60 kilogramów zyskuje na objętości w kąpieli parnéj (40° C.) 62 cm. sześć. na jeden kilogram masy. Ten skutek fizyczny ogrzewania termoterapija hydryjatyczna wyzyskuje w celu usuwania stwardnień, zgrubień i nacieków zapalnych miejscowych, co się dzieje już to przez rozszerzenie naczyń odżywczych i większego dowozu krwi, już to przez rozszerzenie spójności drobinowéj w utkaniach, już to przez pobudzenie wnikania komórkowego za pomocą zastósowania bodźca zimnego do części wygrzanych. Kolega Cz. bardzo troskliwie wyzyskuje działanie miejscowe opasek wygrzewających, które przykrywa starannie płótnem kauczukowém dla tém pewniejszego ogrzania części pod opaską będących. Zawijań w koce używa kol. Cz. w przypadkach poszczególnych, gdyż skutki tego środka mają inne znaczenie terapeutyczne niż skutki ogrzewania miejscowego, chociaż na tych samych polegają zasadach.

Sposoby zastósowania téj termoterapii hydryjatycznéj w zakładzie Fürstenhof są proste. Należy to do reguły, że jeden chory przez cały czas swojego pobytu w zakładzie tylko jednym i tym samym sposobem bywa leczony, chociaż przechodził przez różne ilości i stopnie zimna a względnie ciepła. Jest to zasługa kol. Czerwińskiego, że uprościł do najwyższego stopnia zastósowanie hydroterapii chorób przewlocznych przez wytłumaczenie jasne i gruntowne rękoczynów poszczególnych używanych w Graefenbergu i będących niejako normą dla wszystkich zakładów hydroterapeutycznych. Tłumaczenie jego jest w wysokim stopniu konsekwentne, treściwe i zgodne z tém wszystkiém, co nam podają odnośne doświadczenia fizyjologiczne i dokładne spostrzeżenia kliniczne. Jest ono lepsze bez porównania, niż innych autorów, którzy przed nim to samo czynili, lepsze niż Beni-Barda. Nie jest to tylko moje zdanie, lecz Dr. W a g n e r w „*Correspondenzblatt für Schweitzer-Aerzte*,“ 1876, Nr. 13, postawił tłumaczenia Cz. wyżéj nad Beni-Barda, a Dr. B r u n n e r w „*Pamiętniku towarz. lek. warsz.*,“ za rok 1876, niemoże dosyć nachwalić się zasługi Cz., jakkolwiek nieszczędzi mu ostréj nagany za zboczenia od przedmiotu i niedbałości w przedstawieniu rzeczy naukowém. Niemniéj i inni krytycy dziełka Czerw. nieodmówili mu swojego uznania jak Drowie Richter, Kisch, Baum, Pleniger. Dzięki tłumaczeniu, jakie nam dał Cz. o działaniu „procedur poszczególnych,“ wiemy, że zewnętrzna postać takowych może być jedna i ta sama a wewnętrzna jéj wartość lekarska może być według zasad umiejętnych i według doświadczenia i wskazania w każdym przypadku odmienna. Dzięki Cz., hydroterapija chorób przewlocznych może równie z łatwością stać się sztuką pospólną dla lekarzy, jak hydroterapija gorączki, która w nowszych czasach stała się w Niemczech prawie powszechną. Postępując za wskazówkami Cz. stosuję w niektórych chorobach przewłocznych, tak w szpitalu jak w praktyce prywatnéj, postępowania hydroterapeutyczne proste i łagodne, i mam z niego pomoc zadowalającą w leczeniu zwyczajném.

W y k o n a n i e r ę c z n e hydroterapii w porównaniu z w y k o n a n i e m m a s z y n o w é m, francuskiém, ma niezawodnie wyższość nie tylko co do prostoty, lecz i co do wartości wewnętrznéj. Człowiek inteligentny wykształcony na łaziebnego niezawodnie rozumniejszą jest w rękach lekarza machiną niż najlepsze urządzenie natrysków. Nacieranie ręczne nierównie przyjemniejsze niż uderzenia natrysków; zresztą zadrażnienie mechaniczne tych ostatnich jest nadzwyczaj jednostajne mimo różnicy ucisku hydraulicznego, podczas gdy ręka ludzka nadać może swojemu działaniu mechanicznemu nieskończone prawie odmiany. Wstrzymuję się jednak od zdania stanowczego co do natrysków, gdyż zapewne dłuższe doświadczenie tę rzecz rozsądzi.

Przedstawiłem tu ile mogłem dokładnie hydroterapiję zakładu Fürstenhof ze stanowiska lekarza, który zawsze za tym będzie przemawiać sposobem leczenia, który jest prostszy, wolny od przydatków ubocznych i łatwy do zastósowania.

W końcu niech mi będzie wolno dodać kilka słów o wartości saméj hydroterapii. Działanie jéj z jednéj strony zdaje mi się być podobne do klimatu podbudzającego czynności odżywcze, z drugiéj zaś strony do działania prądów elektrycznych na układ nerwowy. Według podziału czynników leczniczych dawniejszego porównywano skutki różnych sposobów zastósowania hydroterapii do chłodzących (*temperantia*), podniecających (*excitantia*), drażniących (*irritantia*) itp. Jednak stósowniéj byłoby poporządkować skutki hydroterapii pod podział leków uczyniony przez Köhlera w „*Handbuch der physiol. Therapeutik*,“ Göttingen 1876. Hydroterapija racyjonalnie zastósowana byłaby w skutkach swoich podobna do tych leków, które: 1) p o m n a ż a j ą u t l e n i e n i e i w y m i a n ę m a t e r y i z p r z y b y t k i e m w o d n o w i e o g ó l n é j. Tyczy się to użycia zimna w hydroterapii chorób przewłocznych, rozumie się, gdy przy zastósowaniu postępowań zimnych dostarczymy potrzebnéj ilości i jakości pokarmu, ruchu i powietrza. Użycie ciepła w hydroterapii chorób przewłocznych mianowicie zawijanie całego ciała w złe przewodniki ciepła, podobne jest w swoich skutkach do leków, które 2) p o m n a ż a j ą u t l e n i a n i e i w y m i a n ę m a t e r y i l e c z z u b y t k i e m w o d n o w i e o g ó l n é j. Można téż nadać hydroterapii znaczenie leków, które pomniejszają utlenianie i wymianę materyi z przybytkiem lub ubytkiem w odnowie, jak to zamierza racyjanalna terapija niekiedy w ostrych zapaleniach i zakażeniach. Lecz w chorobach przewłocznych wątpię, czy może zachodzić przypadek, gdzieby należało przytłumiać czynności odżywcze ustroju. Jak na teraz hydroterapija, któraby to czyniła, nie mogłaby być uważaną za racyjonalną. Dla tego téż kol. Cz. odsuwa jak najstarniéj możność ziębienia ustroju swoich chorych i używa zimna tylko jako bodźca dla układu nerwowego, ciepłu zaś pozwala roztaczać swoje działanie fizyczne.

Jeżeli podołałem dać jasne pojęcie o têm, w czém leży wartość lekarska termoterapii hydryjatycznéj, wykonywanéj w zakładzie w Fürstenhofie, spełniłem moje zadanie.

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 19 grudnia. Doszedł nas już Rocznik Medycyny Polskiéj na r. 1879 w dwóch częściach; kalendarz ładnie oprawny nie ustępuje w niczém zagranicznym, a przegląd literatury lekarskiéj w zeszycie nieoprawionym stanowi bardzo pożyteczny dodatek. Mimo to obie części kosztują nie więcéj niż kalendarze niemieckie Szkoda, że Rocznik zjawił się nieco późno, ale mimo to spodziewamy się, że koledzy nie odmówią poparcia wydawnictwu krajowemu.

* W Nrze 24 *Gazety Lekarskiéj* z dnia 14 bm. i r. znajdujemy w Kronice artykuł p. n. „Spostrzeżenia nad działaniem leczniczém przetworu z t. zw. karaluchów *(Blatta orientalis)* p. Köllera“. Jestto ta sama rozprawka, która p. t. „Przyczynek do działania karaczanów *(Blatta orientalis)*“ umieszczoną była przez Dra Köhlera z Kościana w Poznańskiém w Nrze 21 Przeglądu Lek., a następnie w Nrze 38 *Berl. klin. Wochenschrift*. *Gazeta Lekarska* więc powtórzyła tę rozprawkę zmieniwszy tylko wyraz „karaczany“ na „karaluchy“ i nazwisko Dra Koehlera na Köllera, a niepodawszy bynajmniéj źródła, z którego ją zaczerpnęła. Mamy podstawę do przypuszczenia, że *Gazeta Lekarska* zapożyczyła się u Przegl. Lek., a choćby nawet nie wiedziała była, że rozprawa Dra Koehlera pierwotnie ukazała się po polsku w naszym tygodniku, i tym sposobem dopiero ną podstawie tłumaczenia niemieckiego zdała sprawę czytelnikom swoim o rozprawie polskiéj, to powinna była podać przynajmniéj jako źródło tygodnik berliński. Pominięcie zaś źródła, zmienienie napisu i nazwiska autora, są to rzeczy, które się nigdzie nie praktykują i dlatego zwracamy uwagę Redakcyi na to postępowanie niestósowne, spodziewając się, że *Gazeta Lekarska* nie powróci znów na dawne tory i nie zatęskni za owym okresem swego istnienia, kiedy to współpracownikami jéj na pierwszém miejscu byli Heschlowie, Menzlowie itd., którzy zapewne nigdy się nie dowiedzieli o zaszczycie, jaki ich spotkał w Warszawie.

* **Kraków,** d. 20 grudnia. W chwili zamknięcia tygodnika otrzymujemy ze Lwowa wiadomość pewną, że Wydział krajowy zamianował prymaryjuszem oddziału 2go dla chorób wewn., urządzić się mającego w szpitalu św. Lazarza w Krakowie, Dra Stanisława Paszkowskiego, asystenta kliniki chorób wewn.; Drów zaś Wilkosza, Mączkę i Murdzyńskiego sekundaryjuszami 1éj kl., a Drów Kramarzyńskiego i Rosnera sekundaryjuszami 2éj kl. przy tymże szpitalu.

Równocześnie Wydział krajowy zamianował Drów Włodzimierza Dobińskiego i Alfreda Ignacego Laskiewicza-Friedensfelda (dotychczasowego sekundaryjusza w klinice prof. Meynerta we Wiedniu) prymaryjuszami, Drów zaś Dubanowicza i Hankiewicza sekundaryjuszami w krajowym zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie.

W obec złowrogich wieści, które nas wczoraj doszły w sprawie obsadzenia posad kulparkowskich, z przyjemnością pospieszamy z doniesieniem nominacyj, które, przyznać należy, w danych okolicznościach były najodpowiedniejsze. Czy jednak Wydział krajowy z wyboru rządcy nowego również szczęśliwie się wywiązał, to dopiero przyszłość okaże.

W poniedziałek dnia 23 grudnia br. o godzinie 5téj po południu odbędzie się posiedzenie poufne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w celu narady nad zmianą statutu i najbliższemi wyborami.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 2038.

Konkurs

na posadę lekarza prymaryjusza przy szpitalu powszechnym w Sanoku z płacą roczną 500 zlr. aw. Podania wnoszone być mają w przeciągu 6ciu tygodni do tutejszego magistratu, do których dołączyć należy dowód otrzymanego stopnia Dra wszech nauk lekarskich lub też przynajmniéj doktora medycyny, chirurgii i akuszeryi.

Ubiegający ma się także praktyką szpitalną wykazać.

Sanok 7 Grudnia 1877.

Objąwszy z dniem 18 października rb. urząd członka Wydziału i Podskarbiego Stowarzyszenia dla wydawnictwa dzieł lekarskich polskich upraszam wszystkich Członków tego Stowarzyszenia zalegających z opłatą składek aby takowe jak najrychléj na moje ręce nadesłać raczyli, nadmieniając, iż składki te nadsełać można łącznie z Przedpłatą na Przegląd Lekarski.

Dr. Grabowski.
Rynek Nr. 45.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.